

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N° _____

THÈSE

1113

POUR LE

DOCTORAT de L'UNIVERSITÉ de PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Benjamin AVRAM

Né le 8 Janvier 1910, à Bucarest (Roumanie).

**Essai de Synthèse Etiopathogénique
et Thérapeutique des Chéloïdes**

Président : M. GOUGEROT, Professeur.

PARIS

MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR

289, RUE SAINT-JACQUES, 289

—
1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N° _____

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT de L'UNIVERSITÉ de PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Benjamin AVRAM

Né le 8 Janvier 1910, à Bucarest (Roumanie)

Essai de Synthèse Etiopathogénique et Thérapeutique des Chéloïdes

Président : M. GOUGEROT, Professeur.

PARIS

MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR
289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1939

I. — PROFESSEURS

MM.

	»	ROUVIERE.
Clinique gynécologique	.....	Léon BINET.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	.....	STROHL.
Clinique thérapeutique médicale	.....	POLONOVSKI.
Clinique oto-rhino-laryngologique	.....	Robrt DEBRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	.....	BRUMPT.
Clinique propédeutique	.....	BAUDOUIN.
Clinique de la Tuberculose	.....	ABRAMI.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	.....	MONBOR.
Clinique de cardiologie	.....	LEROUX.
Clinique de neuro-chirurgie	.....	CHAMPY.
Assistance médico-sociale	.....	TIFFENEAU.
Professeurs sans chaire	.....	HARVIER.
»	.....	TANON.
»	.....	BALTHAZARD.
»	.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
»	.....	PIESSINGER.
»	.....	CHIRAY
Hygiène et médecine préventive	.....	LOEPER.
Médecine légale	.....	CARNOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	.....	CLERC.
Pathologie expérimentale et comparée	.....	Marcel LABBE.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	.....	LEREBOULLET.
Clinique médicale	.....	NOBECOURT.
»	.....	H. CLAUDE.
»	.....	GOUGEROT.
»	.....	GUILLAIN.
Hygiène et clinique de la première enfance	.....	LEMIERRE.
Clinique des maladies des enfants	.....	CUNEO.
Clinique des maladies mentales et des malsdies de l'encéphale...	.....	GOSSET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	.....	GREGOIRE.
Clinique des maladies du système nerveux	.....	LENORMANT.
Clinique des maladies infectieuses	.....	TERRIEN.
Clinique chirurgicale	.....	CHEVASSU.
»	.....	COUVELAIRE.
»	.....	JEANNIN.
»	.....	LEVY-SOLAL
Clinique ophtalmologique	.....	MOCQUOT.
Clinique urologique	.....	OMBREDANNE.
Clinique d'accouchements	.....	RATHERY.
»	.....	LEMAITRE.
Anatomie	.....	Pierre DUVAL.
Physiologie	.....	Maurice VILLARET.
Physique médicale	.....	TROISIER
Chimie médicale	.....	MATHIEU.
Bactériologie	.....	LAUBRY.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	.....	Clovis VINCENT.
Pathologie et thérapeutique générales	.....	N...
Pathologie médicale	.....	HAZARD
Pathologie chirurgicale	.....	HOVELACQUE.
Anatomie pathologique	.....	MULON.
Histologie	.....	OLIVIER.
Pharmacologie et matière médicale	.....	SANNIE
Thérapeutique	.....	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE	Pathologie chirurgic.
BARIETY	Pathologie médicale.
BERNARD (Henri)	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne)	Pathologie médicale.
Justin BESANÇON	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALIER	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
FUNCK	Pathologie chirurgic.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgic.
GAYET	Physiologie.
DE GENNES	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie Médicale.
HALPHEN	Oto-Rhino-Laryngol.
HUGUENIN	Anat. pathologique.
JOANNON	Hygiène.

MM.

LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOL	Obstétrique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathol. expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgic.
M J. LEVY	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI	Neurol. et Psychiatrie.
MENEGAUX	Pathologie chirurgic.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgic.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETTI-DUTAILLIS	Anat. pathologique.
PIEDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SENEQUE	Pathologie chirurgic.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathol. chirurgic.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgic.
BUSQUAT	Pharmacologie.
CHARLEY-BRAY	Physiologie.
GUENOT	Obstétrique.
HEITZ-BONER	Pathologie chirurgic.

MM.

LARDENNOIS	Pathologie chirurgic.
LE LORIER	Obstétrique.
SCHWARTZ	Patholog. chirurgicale.
NEVEU-LEMAIRE	Obstétrique.
VAUDESCAL	Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.

ALAJOUANINE	} Clinique médicale.
AUBERTIN	
BRULE	
CHABROL	
DONZELOT	
DUVOIR	
LIAN	
PASTEUR-VALLERY-RADOT	
SEZARY	

MM.

BASSET	} Clinique Chirurgicale.
BROCC	
CADENAT	
GATELLIER	
MOURE	
QUENU	
VELTER	
ECALLE	} Clinique obstétricale.
METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

*Dont le pieux souvenir restera toujours
vivant dans mon cœur.*

A MA MÈRE

*Faible témoignage de mon profond
amour filial et de ma reconnaissance
pour son affection et ses sacrifices.*

A MA SŒUR ET MON BEAU-FRÈRE R. SUSIN

*Dont l'attitude m'a permis d'arriver au
terme de mes études, l'expression de
ma profonde reconnaissance.*

A MA FIANCÉE SIMONNE

Tout mon amour et ma profonde reconnaissance pour le soutien moral qu'elle m'a donné pendant mes études, je dédie ce travail.

MEIS ET AMICIS

A M. LE PROFESSEUR GOUGEROT

Professeur de Clinique Dermatologique

Médecin à l'Hôpital Saint-Louis

Officier de la Légion d'Honneur

*Hommage de notre vive reconnaissance
pour le grand honneur qu'il nous a
fait en acceptant la présidence de notre
thèse.*

A M. LE DOCTEUR P. FERNET

Médecin à Saint-Lazare
Assistant à l'Hôpital Saint-Louis

*Qui nous a suggéré le sujet de cette
thèse, témoignage de respectueuse gra-
titude.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ

INTRODUCTION

Nous nous proposons, dans les pages qui vont suivre, de tenter une revision des conceptions acquises quant à la conception étiopathogénique des chéloïdes.

Après avoir fait l'historique de la question, nous examinerons les facteurs locaux et généraux, conditionnant la formation et l'évolution des chéloïdes spontanées et cicatricielles.

Nous exposerons ensuite quels sont les traitements prophylactiques et généraux qui peuvent être envisagés, puis la présentation en une synthèse aussi nette que possible, quelle doit être la thérapeutique des chéloïdes.

Nous tenterons de tirer de ces notions, pour terminer, des conclusions précises.

CHAPITRE PREMIER

NOTIONS GÉNÉRALES

I. — *La Cicatrice normale.*

L'homme n'a pas le privilège des animaux inférieurs de régénérer un organe détruit par les causes extérieures, il ne peut non plus arrêter les éléments lésés et doit se contenter d'une reprise moins parfaite, effectuée par le tissu conjonctif.

La cicatrisation est un processus essentiellement vasculaire, due à l'activité des capillaires et leucocytes. La cicatrice normale présente une teinte rosée qui s'atténuera en quelques mois pour laisser une membrane blanche, lisse, souple, ferme, sans relief ni adhérences. Quelques filets nerveux repousseront et lui rendront une certaine sensibilité, tandis que les glandes sudoripares et sébacées ne repoussent jamais.

II. — *La cicatrice chéloïdienne.*

Dans d'autres cas, la prolifération et l'accroissement du tissu conjonctif continu, donnant une

tumeur compacte, dure, saillante, lisse, bosselée, de coloration rose rouge, pourvue souvent d'expansions périphériques. L'adhérence gagne en profondeur. Le patient accuse quelquefois des sensations subjectives de prurit, de sensibilité douloureuse ou même de perte de sensibilité tactile au froid ou au chaud.

C'est à cette forme fibreuse, que nous réservons le nom de cicatrice chéloïdienne.

Les chéloïdes sont soit primitives ou spontanées quand elles apparaissent sur des téguments sains sans cause apparente, soit secondaires ou cicatricielles quand elles se développent sur une plaie opératoire, une brûlure, une cicatrice quelconque. Cette chéloïde secondaire est de beaucoup la plus fréquente.

C'est à Alibert (1817) que revient le mérite d'avoir vu et décrit la chéloïde.

Il distingue déjà la chéloïde vraie ou spontanée de la chéloïde fausse ou cicatricielle.

Plus tard Alibert, Biette et Cazenave s'attachèrent surtout à décrire la chéloïde spontanée.

La chéloïde cicatricielle a été étudiée d'abord avec les cicatrices hypertrophiques, dont elle était considérée comme une variété.

Ce furent les chirurgiens avec Velpeau et Follin en France ; Hawkins et Macpherson en Angleterre ; Warren et Burnett en Amérique, qui précisèrent les

notions fournies par Alibert sur les chéloïdes acquises post-opératoires ou cicatricielles. Puis la chéloïde fut étudiée au point de vue histologique par de nombreux auteurs, en particulier Virchow, Langhans, Kaposi, Unna, Leloir et Vidal. Un nouveau d'activité a été donné par les recherches histopathogéniques de Pautrier et ses élèves.

III. — *Histologie des Chéloïdes*

Que la cicatrice soit normale, hyperplasique ou chéloïdienne, la structure est toujours semblable, les variations portant uniquement sur la quantité des cellules conjonctives et non sur leur qualité.

Il existe une néo-formation des vaisseaux, une agglomération des fibres collagènes et dans cette trame collagène se multiplient les fibrocytes.

La seule différence entre une cicatrice normale et une chéloïde, c'est la jeunesse des fibrocytes et l'abondance des néocapillaires.

La chéloïde n'est en somme qu'une tumeur fibrocytaire blanchâtre incluse dans le derme et la peau.

IV. — *Considérations générales.*

Dans la genèse d'une chéloïde interviennent plusieurs facteurs :

a) L'altération cutanée : par traumatisme (piqûre, écorchure, brûlure, opération ou à la suite d'une acnée, syphilide, adénite, furonculose) ; ou par caustique (brûlure causée par les acides ou les bases fortes).

b) La nature générale du terrain : elle atteint surtout les enfants et les sujets jeunes, dans les deux sexes. Plus particulièrement sur un terrain tuberculeux, syphilitique, lymphatique, cholémique et dans les troubles endocriniens.

c) La nature du territoire cutané local : elle siège de préférence sur le cou, les oreilles, la poitrine.

CHAPITRE II

FACTEURS LOCAUX ET GÉNÉRAUX

A. *Facteurs locaux.* — Il existe des nombreuses causes locales qui excitent la prolifération cellulaire, surtout la micro-infection et l'attrition des tissus.

La théorie microbienne de Dénériaz et P. Marie a été vivement combattue, toutefois Gougerot et Darier pensent que les chéloïdes sont d'origine tuberculeuse et sont à ranger parmi les tuberculides. De même pour les chéloïdes d'origine syphilitique qui regressent avec le traitement spécifique (Gougerot).

B. *Facteurs généraux.* — Semblables au microscope, semblables dans leur évolution clinique, ces sclérodermies se devaient d'avoir une origine commune. L'hypercalcémie en rapport avec une suractivité para-thyroïdienne constatée par Pautrier, lui a permis de guérir une chéloïde spontanée par ablation d'une parathyroïde. Certains pensent à une déficience d'origine pancréatique.

CHAPITRE III

TRAITEMENT PRÉVENTIF ET GÉNÉRAL

A. *Le traitement préventif* des cicatrices ne peut être envisagé que pour celles qui sont la conséquence d'une destruction thérapeutique. Le bistouri, quand il est applicable sans inconvénients, réalise la plus belle cicatrice, tandis que la destruction chimique par les acides ou les bases, laisse rarement une jolie cicatrice. Enfin par la destruction électrolytique on obtient des résultats moyens.

Toutefois, nous signalons l'importance évidente des mesures d'asepsie pour prévenir l'infection cicatricielle.

B. *Le traitement général* a été préconisé à l'intérieur, surtout contre les cicatrices hypertrophiques, l'arsenic, l'iodure de potassium et l'huile de foie de morue, mais sans résultats positifs.

Brocq a obtenu des résultats satisfaisants par injections de thyosinamine, sur l'élément douleur.

CHAPITRE IV

Traitement local

Le traitement local a pour but de ramener la cicatrice vicieuse à être plane, souple, et à rendre sa teinte normale de la surface cutanée qui l'entourne.

Mais un traitement étiologique et pathogénique ne pourra être mis en œuvre que lorsqu'on connaîtra bien la nature des chéloïdes.

Pour atteindre ce résultat, la thérapeutique locale utilisera des agents chimiques et physiques.

A. Agents chimiques.

On désigne sous le nom des caustiques, des substances qui, en vertu de l'action chimique énergique qu'elles exercent sur les matières organiques, ont la propriété de mortifier, de brûler les tissus sur lesquels on les fait agir (Richaud).

On range parmi les agents chimiques : les caustiques acides (acide sulfurique, chlorhydrique, azotique); les caustiques alcalins (soude, potasse et

chaux) et les caustiques salins (nitrate d'argent, chlorure de zinc). Stoye a utilisé en injections locales de 2 cc. une solution d'urée à 50 % dans du sérum physiologique.

Nous ne conseillons pas cette technique, elle nous paraît d'un maniement plus difficile et d'un dosage moins rigoureux que les modifications physiothérapeutiques que nous allons maintenant envisager.

B. Agents physiques.

La physiothérapie nous présente de nombreuses sources d'action sur les tumeurs fibrocytaires et le succès dépend de son application rapide.

1° *Radiothérapie.* — Nous conseillons les rayons X dans la chéloïde dite spontanée et les chéloïdes sur cicatrices chirurgicales, se sont celles qui guérissent le mieux et le plus vite. Par contre les chéloïdes développées sur des cicatrices de brûlures sont plus rebelles, et résistent d'autant plus que l'agent vulnérant a été plus violent. Plus une chéloïde est jeune, plus elle guérit facilement.

2° *Curiéthérapie.* — A la même action que la radiothérapie, les résultats obtenus sont identiques. L'application étant facile, nous la préférons pour les

enfants ou chez l'adulte dans les régions d'accès difficiles.

3° *Electrolyse*. — Préconisée par Hardaway, donne de bons résultats sur les chéloïdes peu saillantes.

4° *Ionisation*. — Avec l'iodure de potassium à 1/100, employée par Bourguignon, a prouvé son efficacité dans les chéloïdes fibreuses et adhérentes.

5° *Cryothérapie*. — Reste sans résultats.

6° *Electrocoagulation*. — Présente les mêmes inconvénients que la méthode précédente.

7° *Scarification*. — Donnerait de bons résultats dans les chéloïdes douloureuses, mais incompatible par la longueur du traitement.

8° *Massage*. — Leroy a beaucoup défendu le massage en le préconisant dans les chéloïdes volumineuses.

9° *Haute-fréquence*. — Tombée dans l'oubli à cause de son application douloureuse et de ses récidives fréquentes.

10° *Chirurgie*. — Incontestablement reste la méthode la plus élégante, mais la longue expérience des chirurgiens a prouvé l'inefficacité durable de

l'autoplastic, par l'apparition de fréquentes récidives, ce qui a conduit les expérimentateurs au traitement mixte en deux temps : exérèse suivie de physiothérapie.

Gougerot préconise l'exérèse avec la radiothérapie immédiate.

CONCLUSIONS

I. L'étiologie des chéloïdes spontanées reste encore en grande partie dans l'obscurité, tandis que les chéloïdes cicatricielles des certitudes semblent acquises.

II. Au point de vue histologique, la chéloïde par la jeunesse des fibrocytes et l'abondance des néo-capillaires, doit être une tumeur fibrocytaire, nettement définie.

III. Le terrain tuberculeux et syphilitique peut être un facteur important dans la genèse des chéloïdes.

IV. La chimiothérapie locale est à éviter dans le traitement des chéloïdes.

V. La physiothérapie reste l'arme idéale contre les chéloïdes récentes.

VI. Quant aux chéloïdes rebelles, elles seront combattues par le traitement mixte : exérèse et radiothérapie immédiate.

Vu : Le Doyen,
TUFFENEAU.

Vu : Le Président,
GOUGEROT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSEY.

BIBLIOGRAPHIE

- Ashbury.* — Treatment of Keloïds (Moll. et Cut. Re. June 1938).
- Baeusch.* — Über die Strahlenbehandlung der Keloïde (Strahlentherapie 60, 1937).
- Bagnoli.* — Contributo clinico ed istologico alla studio del cheloïde (Pens. Med. XIII, 1924).
- Belot.* — Le traitement des chéloïdes (Journ. de Méd. et Chir. pratique 10-2-1932).
- Blanco.* — Cicatrices queloïdeas tratadas por la ionizacion con ioduro de potassio (Prens. Med. Argentina XII, 1925).
- Bourguignon.* — Trait. des cicatrices chélid vicieuses ou adhérentes et leurs conséquences par l'ionisation d'iode (Paris Med. LIII, 1924).
- Deplaen.* — Le trait. prév. et curatif des tumeurs chéloïd. (Rev. de Chir. 1937).
- Gougerot et Laroche.* — Chéloïde expérimentale (Société de Biol., LXV, Paris 1908).
- Grunwald.* — Keloïd and its treatment (Gyogyas. 76, mai 1936).
- Hazen.* — The roentgen ray treatment of Keloïds (Amer. K. J. Roentgenol. n. s. XI, 1924).

- Heidingfelds.* — Keloïd, a comparative hist. study (J. Am. M. Ass. Chicago, 1909, LIII).
- Jeanselme.* — Les chéloïdes (Rev. Gén. de clin. et de thér., Paris 1919, XXXIII).
- Jimenez-Rivero.* — Los queloideas y su tratamiento por la crioterapia (G. Med. Caracas, 41, 1934).
- Kromayer.* — Die kombinierte chirurgisch physikalische Behandlung der Keloïde (Deutsche Med. Wochenschrift XLIX, 1923).
- Nogier.* — Chéloïdes multiples guéries par la roentgenh. (Lyon méd. CXXXII, 1923).
- Passot.* — Trait. esthétique des chéloïdes, ablation chir. suivie d'irradiation immédiate (Press. Méd. 27, 1933).
- Pautrier et Woringer.* — Anatomie pathologique des chéloïdes (Ann. de Derm. et Syphil. novembre 1931).
- Peraire.* — Tumeur chéloïd. 4 fois récidivée, guérie par ablation large suivie de radiumthér. (Paris chir. 1918, X).
- Rabut.* — Comment traiter les chéloïdes (l'Hôpital 349, 1933).

